



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Facultad de medicina**

**División de estudios de Posgrado**

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
“DR. ANTONIO FRAGA MOURET”  
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**“ETIOLOGIA DE LINFADENOPATIA EN ESTUDIO Y RENDIMIENTO  
DIAGNOSTICO DE LA BIOPSIA EXCISIONAL DE GANGLIO LINFATICO EN  
EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HECMR”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL GRADO DE**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**P R E S E N T A :**

**DR. EMANUELLE VELAZQUEZ JACOME**

**ASESOR: DR. LUIS FCO. PINEDA GALINDO  
DR. GUILLERMO GOMEZ CAMPOS**

**MÉXICO, D. F.**

**2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

Dr. Jesús Arenas Osuna  
Jefe de la División de Educación  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional “La Raza”  
IMSS

---

Dra. Olga Lidia Vera Lastra  
Titular del Curso de Especialización  
en Medicina Interna  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional “La Raza”  
IMSS

---

Dr. Emanuelle Velázquez Jácome  
Médico Residente de 4º año  
Especialidad en Medicina Interna  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional “La Raza”  
IMSS

No. Protocolo: F - 2009 3501-13

## INDICE

I.	RESUMEN	.....4
II.	SUMMARY	.....5
III.	ANTECEDENTES CIENTIFICOS	.....6
IV.	MATERIAL Y METODOS	.....14
V.	RESULTADOS	.....15
VI.	DISCUSION	.....30
VII.	CONCLUSIONES	.....33
VIII.	BIBLIOGRAFIA	.....34
IX.	ANEXOS	.....36

## RESUMEN

**Título:** Etiología de linfadenopatía en estudio y rendimiento diagnóstico de la biopsia excisional de ganglio linfático en el servicio de medicina interna del HECMR

**Antecedentes Científicos:** Las adenopatías son crecimientos anormales de los ganglios por múltiples factores causales pudiendo ser el signo de presentación de enfermedad. En el adulto su aumento de tamaño o aparición de uno o más ganglios requiere de investigación, para un diagnóstico más preciso.

**Objetivo:** Describir la etiología y la frecuencia de patologías mediante la biopsia excisional de ganglio linfático periférico en pacientes con linfadenopatía, estudiados en el departamento de medicina Interna de HECMN La Raza de enero 2004 - febrero 2009.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional y abierto con los expedientes de pacientes en un periodo de 5 años; de enero 2004 a febrero 2009, seleccionando a un grupo de pacientes que ingresaron al servicio de Medicina interna de la UMAE HE CMN por patología ganglionar; de la muestra total se incluyeron expedientes de pacientes a quienes se les realizó biopsia de ganglio periférico.

**Análisis estadístico:** Se empleó estadística descriptiva, utilizando tablas y gráficos por medio del programa SPSS V17.

**Resultados:** El rendimiento diagnóstico por medio de la biopsia excisional se relaciona con lo reportado en la literatura internacional; hasta en un 60% podremos encontrar un diagnóstico definitivo.

**Conclusiones:** Se encontró que la edad de presentación de la linfadenopatía es con mayor frecuencia + 50 años. Así mismo se observó que las neoplasias tuvieron una alta incidencia en todas las regiones y que la neoplasia con mayor índice fue de tipo hematológico, principalmente LNH.

**Palabras clave:** Linfadenopatía, fiebre, pérdida de peso significativa.

## **ABSTRACT**

**Title:** Etiology of linfadenopatía in study and diagnostic performance (yield) of the biopsy excisional of lymphatic ganglion in the service of internal medicine of the HECMR Scientific

**Precedents:** The adenopatías are abnormal growths of the ganglions for multiple causal factors being able to be the sign of presentation of disease. In the adult his increase of size or appearance of one or more ganglions needs of an investigation, for a more precise diagnosis.

**Objective:** To describe the etiology and the frequency of patologías by means of the biopsy excisional of lymphatic peripheral ganglion in patients with linfadenopatía, studied in the department of HECMN's Internal medicine The Race from January, 2004 to February, 2009.

**Material and Methods:** Retrospective, transverse, descriptive study, observacional and opened with the patients' processes in a period of 5 years; from January, 2004 to February, 2009, selecting a group of patients who entered to the service of internal Medicine of the UMAE IS CMN for pathology ganglionar; of the total sample there were included patients' processes to whom I they realize biopsy of peripheral ganglio.

**Statistical analysis:** I use descriptive statistics, using tables and graphs by means of the program SPSS V17.

**Results:** The diagnostic performance (yield) by means of the biopsy excisional relates to the brought (reported) in the international literature; up to (even) in 60 % we will be able to find a definitive diagnosis.

**Conclusions:** one thought that the age of presentation of the linfadenopatía is with major frequency + 50 years. Likewise I observe that the neoplasias had a high incident in all the regions and that the neoplasia with major index was of hematologic type, principally LNH.

**Key words:** linfadenopatya, fever, loss of involuntary significant weight.

## **ANTECEDENTES CIENTIFICOS**

Los ganglios linfáticos son órganos linfoides periféricos que se conectan a la circulación mediante vasos linfáticos aferentes y eferentes; estos órganos tienen una función de filtro debido a que poseen una fina estructura interna de **tejido conectivo** en forma de red, donde se encuentran **linfocitos** y macrófagos quienes son encargados de detectar una gran diversidad de antígenos, (virus, bacterias u otros microorganismos) produciendo una respuesta inmunológica celular y/o humoral. <sup>(1)</sup>

Cada ganglio es un cuerpo semiaplanado, de forma ovalada con un diámetro que varía de 1-25 mm y esta conformado por diversos tipos celulares. <sup>(1)</sup>

Durante una respuesta inmunológica normal la estimulación antigénica tiene una influencia en el tráfico de linfocitos, iniciando una respuesta proliferativa de linfocitos B y T; con un aumento del flujo sanguíneo (10-25 veces lo normal) provocando un incremento del tamaño del ganglio, hasta 15 veces lo normal tras 5-10 días post estimulación antigénica. Sin embargo las adenomegalias no solo aparecen por aumento del tránsito celular, sino también por infiltración de células neoplásicas o inflamatorias transportadas desde la linfa o la sangre. Otros mecanismos son infiltración por macrófagos o linfocitos malignos y por células cargadas por sustancias varias que caracterizan las llamadas “enfermedades por depósito”. <sup>(1)</sup>

Las adenopatías son crecimientos anormales de los ganglios por múltiples factores causales y pueden ser un dato incidental, o bien pueden ser el signo o síntoma de presentación de enfermedad. (Anexo: Tabla 1) En algunos casos en el adulto sano pueden palparse los ganglios inguinales de manera normal; sin embargo el aumento de tamaño o la aparición de uno o más ganglios requiere de una investigación, necesaria para alcanzar un diagnóstico más preciso ante la sospecha de patología. <sup>(2)</sup>

Con frecuencia, durante el examen médico general el médico observa adenomegalias, localizadas o generalizadas, que pueden ser la respuesta a estímulos o procesos variados: infecciones, hipersensibilidad a medicamentos, autoinmunidad, iatrogenia y tumores benignos o malignos primarios o metastásicos. Comúnmente, en los niños las adenomegalias son consecuencia de procesos benignos y reactivos, en especial infecciones bacterianas o virales. En los adultos, las adenomegalias casi siempre son localizadas y predominantemente cervicales o inguinales, con frecuencia causadas por neoplasias primarias o metastásicos. <sup>(3)</sup>

Independientemente de la distribución de los ganglios, sólo algunos como los cervicales, axilares e inguinales son clínicamente relevantes debido a la facilidad para su inspección y palpación. <sup>(3, 4)</sup>

La importancia clínica de la evaluación en los pacientes con adenopatías es determinar cuales ganglios tienen probabilidad de asociación a procesos benignos y las condiciones limitantes en donde indican malignidad u otras condiciones serias que requieran de un tratamiento específico. <sup>(5)</sup>

Para el adecuado estudio de las adenopatías habrá que tenerse consideraciones esenciales para el diagnóstico definitivo incluyendo la edad; siendo ésta el factor predictor mas importante de probabilidad para enfermedad benigna o maligna; también considerar la localización del ganglio, tamaño y tiempo de presentación, así las adenopatías fuera del área inguinal por mas de un mes de evolución y mayores a 1 cm. de diámetro y sin un diagnóstico obvio serán considerados a realizar biopsia. Por su puesto la presencia de adenopatías generalizadas, síntomas o signos acompañantes (síntomas “B”, esplenomegalia, fiebre) son indicaciones para la realización de biopsia ganglionar. <sup>(3, 4, 5)</sup>

Los métodos principales para la biopsia de ganglio linfático son: biopsia excisional y aspiración con aguja fina (BAAF).<sup>(5)</sup>

En pacientes con adenomegalias voluminosas o persistentes hay que recurrir a la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), gruesa (trucut), incisional o excisional para lograr un diagnóstico definitivo.<sup>(3)</sup> Teniendo en cuenta que la BAAF es un método simple, seguro e inocuo, en ocasiones los resultados no son definitivos, es por eso que en pacientes sin un diagnóstico establecido y con la presencia de un ganglio linfático periférico accesible se prefiere la biopsia excisional como método de estudio. La biopsia transoperatoria o perioperatoria no se justifica en ningún paciente cuando las adenopatías son superficiales, sólo se restringe a las localizadas en el mediastino, el abdomen o el retroperitoneo.<sup>(3,5)</sup>

Cuando hay adenomegalias generalizadas y uniformes, debe hacerse biopsia excisional de un ganglio cervical, supraclavicular o axilar.<sup>(3)</sup>

Tomando en cuenta la textura y consistencia de los ganglios, solo en algunos casos o en diversas entidades patológicas pueden ser característicos, así pues; los ganglios en presencia de linfoma son firmes, múltiples, elásticos y no dolorosos;<sup>(6)</sup> en la presencia de carcinoma son duros y están adheridos a planos profundos, durante el curso de una infección aguda los ganglios son dolorosos y crecen asimétricamente en conglomerados produciendo eritema en la piel adyacente.<sup>(2)</sup>

El diagnóstico causal de la linfadenopatía puede ser sugerido de acuerdo a la localización; por lo tanto las adenomegalias yugulares o mandibulares sugieren la presencia de linfoma o de tumor maligno no linfóide de cabeza y cuello, mama, pulmón o tiroides.<sup>(2,4)</sup> Los ganglios cervicales, auriculares posteriores y los occipitales son tomados generalmente por linfomas y linfadenitis por micobacterias.<sup>(6)</sup> La presencia de ganglios supraclaviculares y escalénicos a menudo son producidos por una enfermedad

metastásica procedente de órganos intratorácicos, digestivos o de linfoma. La adenomegalía axilar tiene gran importancia ante la presencia de cáncer de mama, linfoma e infecciones de extremidad torácica. Las adenomegalias inguinales bilaterales se encuentran presentes en enfermedades venéreas, y su aumento progresivo sin datos de infección sugiere la presencia de enfermedad maligna. <sup>(2)</sup>

Múltiples procesos patológicos producen en el ganglio linfático alteraciones estructurales e histológicas que permiten establecer un diagnóstico de compatibilidad con la patología en estudio y más específico con la realización de biopsia ganglionar; se debe de tomar en cuenta que, los pacientes que presentan síntomas sistémicos inespecíficos como lo es la fiebre o la pérdida de peso inexplicable, se obtendrá mayor probabilidad de obtener un diagnóstico final correcto si presentan adenomegalias y estas son biopsiadas. <sup>(1,3,6)</sup>

En la mayoría de los tumores sólidos el compromiso ganglionar regional tiene un gran significado pronóstico y terapéutico, ante la ausencia de enfermedad sistémica demostrable. <sup>(7)</sup>

La realización de una biopsia consiste en tomar una muestra de tejido en vivo, para realizar estudios histológicos, histoquímicos, físicos-químicos o cultivos. Cuyos fines son tendientes a realizar un diagnóstico preciso de una determinada patología, en ocasiones para establecer una terapéutica y en otras, la biopsia excisional es terapéutica en sí, o bien para establecer una táctica quirúrgica o con fines pronósticos determinando la agresividad de un tumor al valorar la invasión ganglionar o de tejidos circundantes en el acto operatorio. <sup>(5,8)</sup>

La BAAF es una técnica diagnóstica de elección en el estudio de una masa cervical por la sencillez de realización y la alta sensibilidad y especificidad. Si la citología es negativa y se sospecha malignidad, está indicada su repetición. Sin embargo, la biopsia

de la tumoración cervical tiene unas indicaciones muy precisas, debido al riesgo de diseminación del tumor, la morbilidad de la técnica y la falsa expectativa creada en el enfermo que confunde la biopsia con una acción terapéutica. La adenectomía está indicada cuando la citología es sospechosa de proceso linfoproliferativo. <sup>(3,4,7,9)</sup>

La punción-aspiración de ganglios linfáticos fue utilizada por primera vez por dos cirujanos ingleses, Grieg y Gray, en 1904 para el diagnóstico de la tripanosomiasis. En 1921, Gurthie realizó la primera serie de casos de biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) de los ganglios cervicales, describiendo especímenes con linfadenitis, carcinomas metastáticos y linfomas de Hodgkin. <sup>(9)</sup>

La BAAF es especialmente útil en el diagnóstico de los linfomas no Hodgkin de células grandes de inmunofenotipo B y en localizaciones de difícil acceso, como mediastino y retroperitoneo. <sup>(9)</sup>

Una vez realizada una adecuada anamnesis y exploración física en la cual se toma en cuenta el tamaño ganglionar (+2 cm.), localización, textura y consistencia del ganglio, se procede a la resección ganglionar completa procurando no tener traumatismos ni desgarros; obtenida la muestra no debe exponerse a la luz intensa o al aire ya que se puede producir desecación que lo haría irrecuperable para el examen microscópico, por lo que se debe enviar a la brevedad posible al laboratorio de patología sin fijar y con una cantidad adecuada de solución salina. <sup>(8)</sup>

Al realizar una biopsia excisional el patólogo o el personal técnico de patología deberán seccionarlo, hacer improntas, obtener muestras para estudios especiales y fijarlo rápidamente en formol amortiguado al 10% durante 24 horas; <sup>(3,8)</sup> así mismo, para estar en condiciones óptimas de hacer un diagnóstico preciso basado en la biopsia de ganglio linfático, debe conocer las características citológicas, histológicas y la potencialidad reactiva del tejido linfoide, además de poseer información clínica completa. <sup>(2,3,4,5,8,10)</sup> No

obstante, en ocasiones tiene que recurrir a diferentes técnicas especializadas, la mayor parte de las cuales pueden realizarse en tejido fijado en formol e incluido en parafina, como: citoquímica, histoquímica, microscopia electrónica de transmisión, inmunocitoquímica, citometría de flujo, hibridación *in situ* con o sin inmunofluorescencia (FISH o ISH), citogenética, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y genética molecular. <sup>(3,5)</sup>

Son pocos los estudios relacionados a la presencia de patologías reportadas por la biopsia ganglionar. En la mayoría de las series revisadas se menciona la innovadora técnica del mapeo linfático y biopsia del ganglio centinela desarrollada por Donald Morton para melanoma y Armando Guiliano <sup>(7)</sup> para el cáncer de mama, que ha demostrado mejorar la certeza en el diagnóstico del estadio linfático regional minimizando las complicaciones, por ser una técnica mínimamente invasiva y entregar una reducida pero representativa cantidad de tejido linfático para un estudio histopatológico especial; tomando en cuenta que el diagnóstico del estado ganglionar es trascendente como pronóstico y guía terapéutica, demostrando un mejor costo efectividad con la capacidad de predecir el resto de la cadena ganglionar. <sup>(7)</sup>

En los estudios revisados la BAAF de ganglio linfático ha demostrado tener alta calidad en los detalles citológicos; sin embargo, la revisión retrospectiva demuestra diversos errores en la interpretación del material, debidos casi todos a la mala calidad de éste. Casi todos los estudios reportados en la literatura coinciden en la alta especificidad. La sensibilidad, sin embargo, muestra variación en sus valores. Gupta y colaboradores reportan sensibilidad de 92.7%, especificidad de 98.5%, valor predictivo positivo (VPP) de 97.3% y valor predictivo negativo de 94.8%. Estos resultados coinciden con lo reportado por Meda y asociados para el diagnóstico de linfomas primarios y recurrentes

con una sensibilidad de 95%, especificidad de 85%, VPP 95%, VPN 85% y certeza diagnóstica de 93%.<sup>(9)</sup>

Así mismo existen revisiones en donde para llegar al diagnóstico es necesaria la realización de BAAF, biopsia excisional de ganglio e incluso el “vaciamiento” ganglionar, esto principalmente ante la presencia de metástasis a nivel cervical y de origen desconocido, a sabiendas que estas representan de un 2 al 5% de los tumores de cabeza y cuello, como en todos los estudios antes mencionados la importancia de descubrir el diagnóstico, en este caso el primario; es para otorgar el tratamiento específico.<sup>(10,12)</sup>

También se han realizado estudios acerca de la certeza diagnóstica del linfonodo centinela, principalmente para la determinación de micro metástasis linfática en melanoma maligno de piel, encontrándose como un factor pronóstico individual y el más importante para seleccionar el tratamiento; así mismo siendo el más significativo de pronóstico para la recurrencia y para la supervivencia luego del tratamiento<sup>(11)</sup>

En el año 2002 se realizó un estudio sobre la incidencia de patologías en la biopsia de ganglio linfático en donde Gorodner O. Romero S y cols<sup>(13)</sup>, demostraron las variadas etiologías responsables de adenomegalias, con el objetivo de reportar los diagnósticos anatomopatológicos de las biopsias ganglionares linfáticas realizadas durante un período de 5 años; la representatividad del material de biopsias enviado para estudio; la incidencia de patologías malignas y benignas; los grupos ganglionares linfáticos afectados respectivamente y en las patologías malignas, la frecuencia de neoplasias primarias y secundarias. La bibliografía disponible señala que solo entre 16-20% de los resultados histopatológicos de las biopsias ganglionares corresponden a patologías malignas, otros estudios realizados en ganglios cervicales, indican que en esta región el 71% de los procesos son malignos y además evidencian que de esta región proceden

entre el 42-46% de las biopsias. Los protocolos analizados en este estudio pertenecieron en un 49% a dicha región, lo que justifica la alta incidencia de procesos malignos. <sup>(13)</sup>

La localización de las linfadenopatías es un dato importante para sospechar las patologías que afectan a los ganglios linfáticos. En este estudio se observó una preponderancia de compromiso cervical en todos los procesos; aunque las patologías malignas como los linfomas y metástasis asientan muy variadas regiones, los procesos reactivos se expresan preferentemente en proporciones muy similares en los grupos cervical e inguinal, lo es coincidente con la bibliografía. <sup>(13)</sup>.

Todos los estudios mencionados han sido realizados en servicios de oncología médica o quirúrgica y servicios de anatomía patológica. Sin embargo, < la mayoría de pacientes con linfadenopatía en estudio de nuestro hospital son estudiados por el servicio de Medicina Interna, y representan un espectro clínico diferente, en el cual, las indicaciones, el tipo de procedimiento y el rendimiento diagnóstico de la biopsia de ganglio linfático, pueden ser diferentes a lo reportado en la literatura. Es por eso que nos preguntamos: Cual es la etiología de linfadenopatía en estudio en nuestro servicio y cual el rendimiento diagnóstico de la biopsia excisional de ganglio linfático periférico en nuestro servicio.

## **MATERIAL Y METODOS**

**Diseño: Retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional y abierto**

**Objetivo:** Describir la etiología, frecuencia y la asociación diagnóstica de patologías mediante la biopsia excisional de ganglio linfático periférico en pacientes con linfadenopatía.

Mediante una revisión en los expedientes de pacientes a quienes se les realizó biopsia de ganglio periférico con fines diagnósticos, en un periodo de 5 años a partir de enero 2004 a febrero 2009 seleccionando a un grupo de pacientes que ingresaron al servicio de Medicina interna de la UMAE HE CMN por la presencia de linfadenopatía; de la muestra total solo se incluyeron expedientes de pacientes a quienes se les realizó biopsia excisional de ganglio periférico durante su estancia en el servicio y como parte del protocolo diagnóstico.

### **Análisis de datos:**

Se empleará estadística descriptiva, utilizando tablas y gráficos por medio del programa SPSS V17.

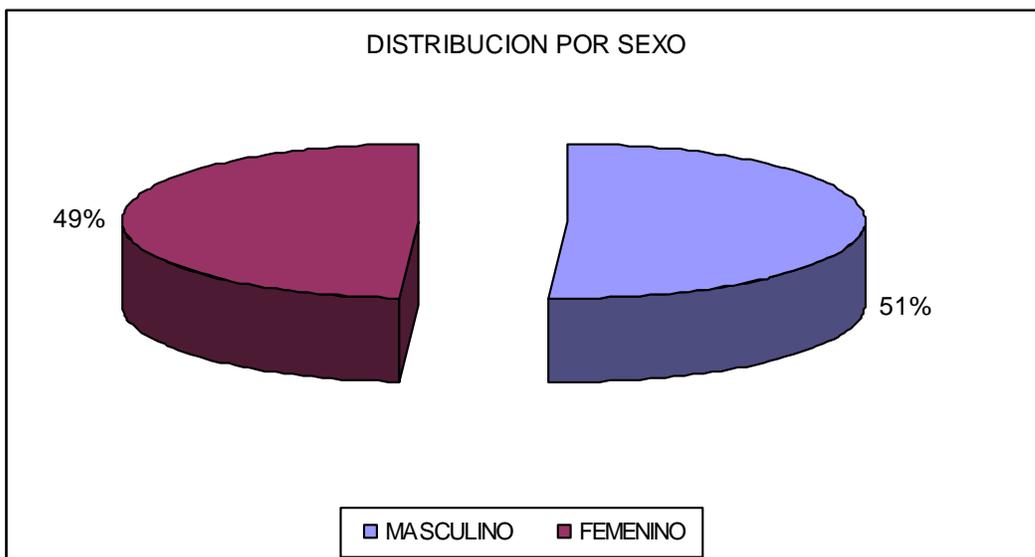
## RESULTADOS

Realizamos un estudio retrospectivo de 5 años de enero de 2004 a enero de 2009 en donde a los pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna de HECMN La Raza por estudio de linfadenopatía, ya sea con síntomas agregados o sin ellos, principalmente fiebre o pérdida de peso involuntario significativo; de tal forma que dentro del proceso diagnóstico se realizó biopsia excisional de estas masas linfáticas con la finalidad de poder determinar u orientará hacia un diagnóstico de certeza.

Una vez que se realizó la selección de pacientes con linfadenopatía, y a quienes se les realizó de biopsia excisional, solo se incluyeron a un total de 88 pacientes, de los cuales 43 (48.9%) eran del sexo femenino y 45 (51.1%) del sexo masculino, la población de estudio fue en pacientes adultos mayores de 18 años, en donde se observó que la distribución por sexos fue similar, como se observa en la gráfica y tabla 1.

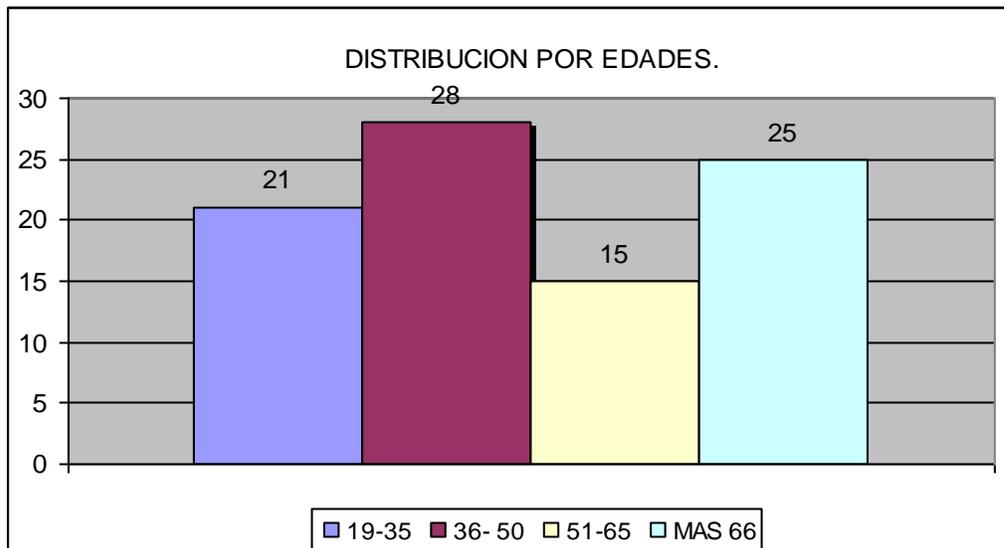
### Sexo

<b>Tabla 1. Población total dividida por sexo.</b>	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	43	48.9
Masculino	45	51.1
Total	88	100.0



En nuestro estudio se encontró que la presentación por edades predominó entre los 36-50 años como se observa en la tabla 2.

<b>Tabla 2. Distribución de la población por edades.</b>	
19-35	21
36- 50	28
51-65	15
MAS 66	25



De acuerdo a la distribución por edades encontramos que la edad media fue de  $49.1 \pm SD$  17.95 años. Así mismo podemos determinar que nuestro estudio es de tipo bimodal ya que encontramos en ambos extremos la misma serie de repeticiones por edad; aunque también encontramos otra serie con el mismo número entre ambas modas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	88	19.00	85.00	49.1591	17.95197

## Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	19.00	5	5.7	5.7	5.7
	20.00	1	1.1	1.1	6.8
	21.00	1	1.1	1.1	8.0
	22.00	2	2.3	2.3	10.2
	23.00	2	2.3	2.3	12.5
	24.00	1	1.1	1.1	13.6
	29.00	1	1.1	1.1	14.8
	30.00	2	2.3	2.3	17.0
	31.00	2	2.3	2.3	19.3
	33.00	3	3.4	3.4	22.7
	35.00	1	1.1	1.1	23.9
	36.00	1	1.1	1.1	25.0
	37.00	4	4.5	4.5	29.5
	38.00	2	2.3	2.3	31.8
	40.00	1	1.1	1.1	33.0
	42.00	3	3.4	3.4	36.4
	43.00	3	3.4	3.4	39.8
	44.00	3	3.4	3.4	43.2
	45.00	5	5.7	5.7	48.9
	46.00	3	3.4	3.4	52.3
	48.00	3	3.4	3.4	55.7
	53.00	1	1.1	1.1	56.8
	55.00	2	2.3	2.3	59.1
	56.00	1	1.1	1.1	60.2
	57.00	2	2.3	2.3	62.5
	58.00	2	2.3	2.3	64.8
	59.00	1	1.1	1.1	65.9
	60.00	1	1.1	1.1	67.0
	61.00	2	2.3	2.3	69.3
	62.00	1	1.1	1.1	70.5
	64.00	1	1.1	1.1	71.6
	65.00	1	1.1	1.1	72.7
	66.00	5	5.7	5.7	78.4
	67.00	1	1.1	1.1	79.5
	69.00	2	2.3	2.3	81.8
	70.00	2	2.3	2.3	84.1
	71.00	4	4.5	4.5	88.6
	72.00	3	3.4	3.4	92.0
	74.00	1	1.1	1.1	93.2
	76.00	4	4.5	4.5	97.7
	78.00	1	1.1	1.1	98.9
	85.00	1	1.1	1.1	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

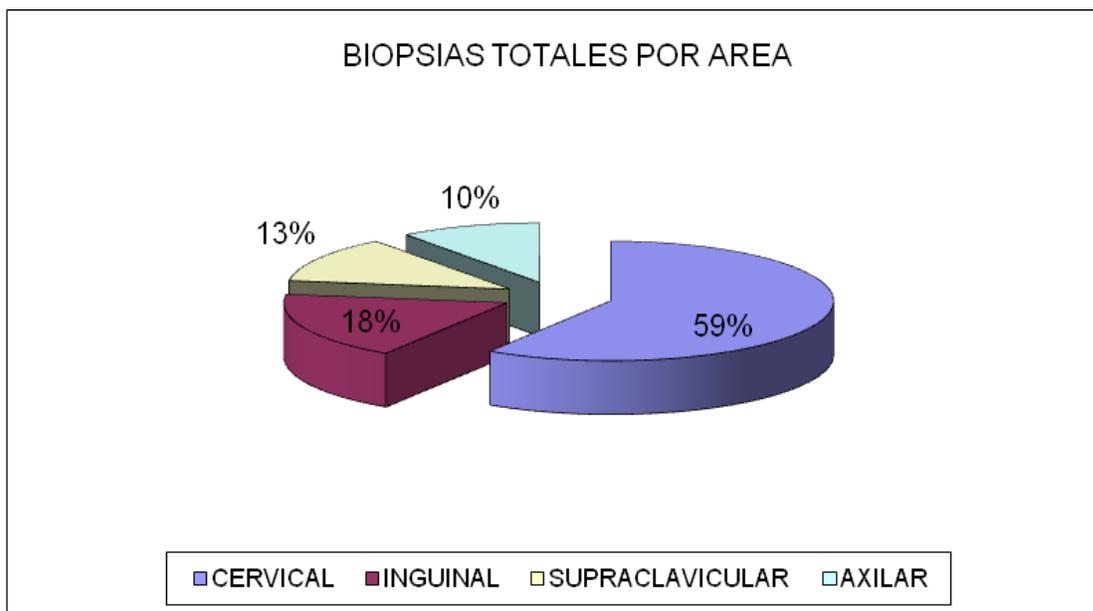
El lugar de presentación o el sitio más frecuente de localización se ha catalogado como un factor importante para es determinar cuáles ganglios tienen probabilidad de asociación a procesos benignos y las condiciones limitantes en donde indican malignidad, en nuestro estudio la región cervical e inguinal fueron los sitios más frecuentes de localización como se observa en la tabla 3

<b>Tabla 3. Distribución total por área de biopsia</b>	
CERVICAL	52
INGUINAL	16
SUPRACLAVICULAR	11
AXILAR	9

De igual forma de acuerdo al sexo, se observa una marcada diferencia en la región supraclavicular y axilar, siendo la región cervical con mayor similitud en ambos sexos como se observa en la tabla 3.1

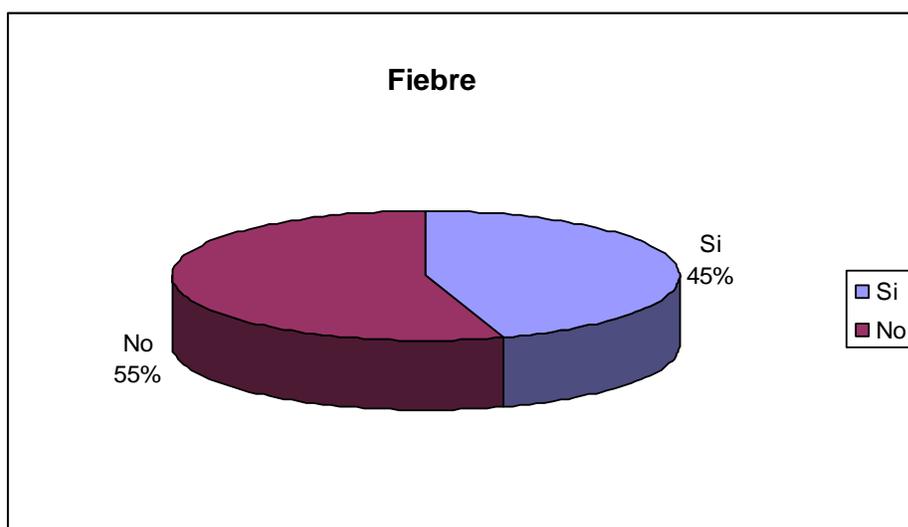
#### **Tabla de contingencia Sexo /Histopatológico**

Tabla 3.1		Histopatológico				Total
		Cervical	Supraclavicular	Inguinal	Axilar	
Sexo	Femenino	27	8	6	2	43
	Masculino	25	3	10	7	45
	Total	52	11	16	9	88



La presencia de signos y síntomas acompañantes puede ser variado, en nuestro estudio se observó una presentación de fiebre en el menor de los casos como observamos en la tabla 4, tal vez en relación al diagnóstico final y no relacionados con procesos infecciosos; por otra parte la pérdida de peso fue más representativa con mayor predominio mostrándose en la tabla 5; lo cual nos estaría hablando de acuerdo a la literatura a mayores índices de neoplasia en nuestro medio.

<b>Tabla 4</b>	<b>Fiebre</b>	
	Si	40
	No	48



De igual manera si hacemos una comparación entre sexo y la presencia de fiebre observamos que no hubo grandes diferencias entre ambos grupos, aunque los del sexo masculino tuvo mayor índice en la NO presentación, tal y como se muestra en la tabla 4.1

**Tabla de contingencia Sexo /Fiebre**

		Fiebre		Total
		Si	No	
Tabla 4.1				
Sexo	Femenino	22	21	43
	Masculino	18	27	45
Total		40	48	88

La combinación de ambas nos podría dar un diagnóstico de presunción, así tenemos que la pérdida de peso está más presente (60%) que la fiebre (45%).

<b>Tabla 5</b>	<b>Pérdida de Peso</b>	
	Si	54
	No	34



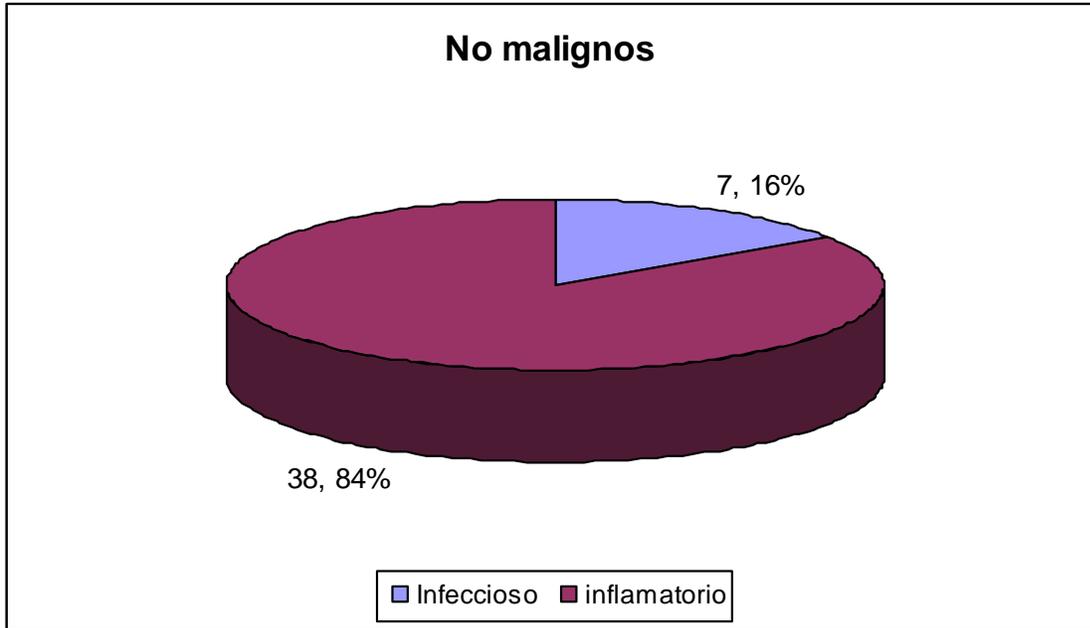
De igual manera si comparamos entre sexo y la presencia de pérdida de peso no encontraremos diferencias en ninguno de los dos grupos, como lo observamos en la tabla de contingencia 5.1

**Tabla de contingencia Sexo / Pérdida de peso**

Tabla 5.1		Pérdida de peso		Total
		Si	No	
Sexo	Femenino	26	17	43
	Masculino	28	17	45
Total		54	34	88

De igual manera en el estudio la diferencia entre la presentación las enfermedades inflamatorias no infecciosas representan en nuestro estudio 38 pacientes (38,84%) del total, mientras que las enfermedades infecciosas solo se observaron en 7 pacientes (7.16%) mostrándose en la tabla 6.

Tabla 6	Clasificación Benignos ( no malignos)	
	Infeccioso	7
	inflamatorio	38



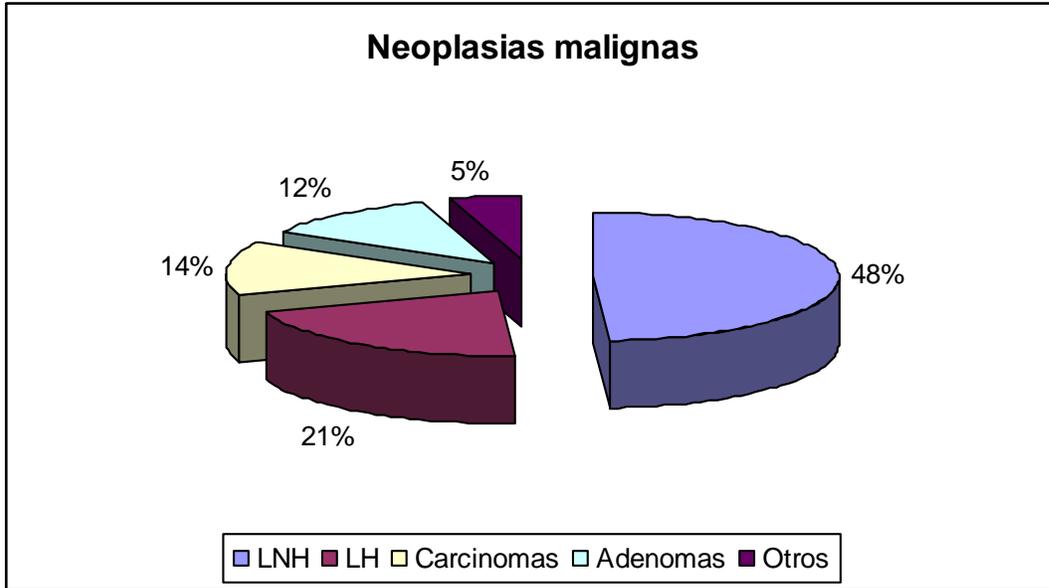
Si correlacionamos de acuerdo al sexo a todos los grupos histopatológicos observamos que la mayor diferencia es en las patologías malignas, las cuales son de mayor incidencia en los masculinos, no así en las enfermedades inflamatorias sistémicas no inflamatorias en donde sucede lo contrario, esto es reportándose mayor en mujeres como se observa en la tabla 6.1

**Tabla de contingencia Sexo / Histopatológico**

Tabla 6.1		HISTOPATOLOGIA			Total
		Inflamatorio	Infeccioso	Neoplásico	
Sexo	Femenino	22	4	17	43
	Masculino	16	3	26	45
Total		38	7	43	88

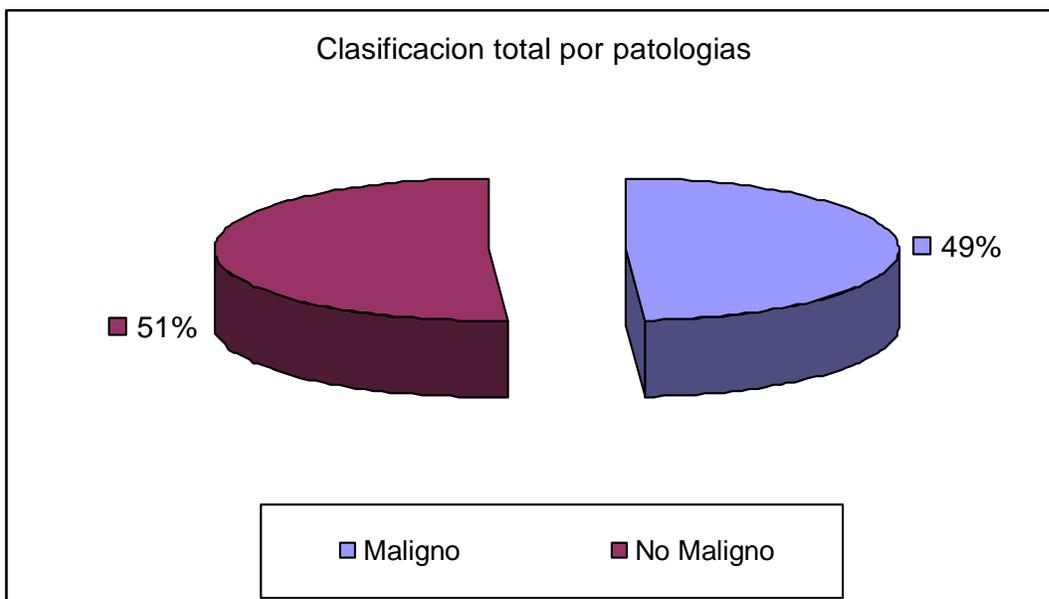
La incidencia de neoplasias es mayor, existiendo una marcada diferencia entre las patologías hematológicas y los adenomas / carcinomas, así tendremos que los LNH son los predominantes con un total de 21, en porcentaje de 48% de todas la neoplasias, seguido por LH de 9 (21%) y carcinomas en 6 (14%) Tabla 7.

<b>Tabla 7. Patologías malignas ( neoplásicas)</b>	
LNH	21
LH	9
Carcinomas	6
Adenomas	5
Otros	2



Como se observo las patologías predominantes son inflamatorias no infecciosas y malignas, principalmente de tipo hematológico; no habiendo diferencia significativa entre estos dos grupos, de tal forma que la comparación entre ambos grupos es similar, es decir 43 malignos (49%) vs. 45 (51%) No malignos como se muestra en la tabla y grafica 8.

Tabla 8.	Clasificación total de acuerdo a tipo de enfermedad.	
	Maligno	43
	No Maligno	45



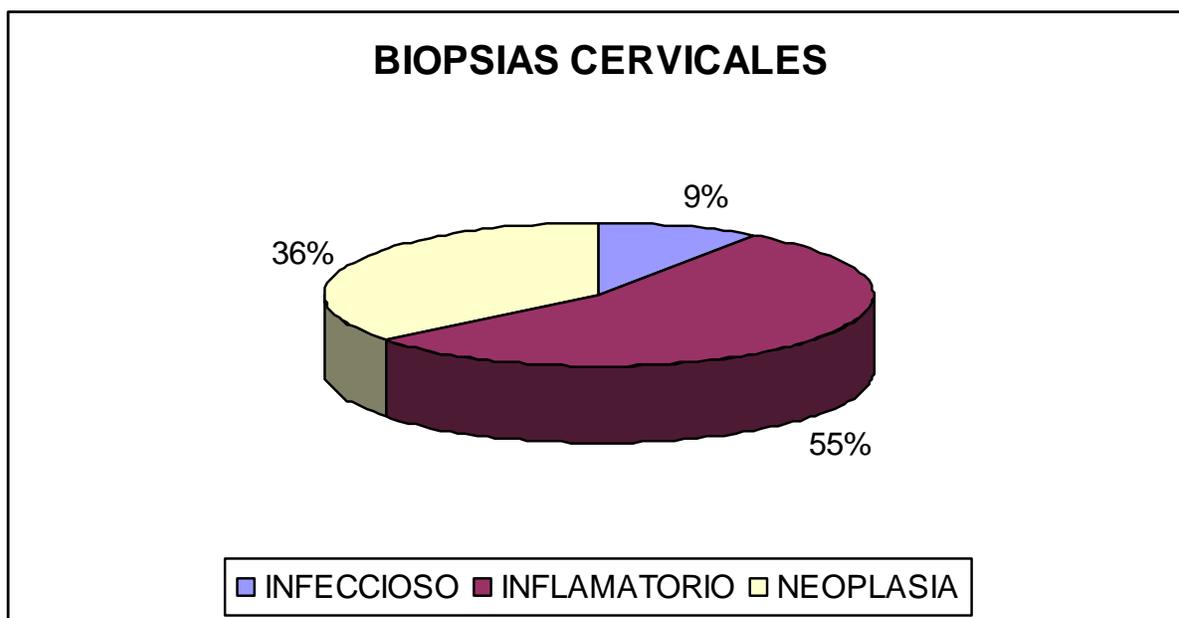
De igual forma que la tabla previa, en la siguiente se muestra la distribución de las diferentes patologías más frecuentes determinadas por sexo, observando en los pacientes masculinos hubo mayor predominio de enfermedades malignas, contrario a las de sexo femenino; siendo inversamente proporcional para ambos grupos Tabla 8.1

**Tabla de contingencia Sexo - Benigno / Maligno**

8.1		Benigno / Maligno		Total
		Benigno	Maligno	
Sexo	Femenino	26	17	43
	Masculino	19	26	45
Total		45	43	88

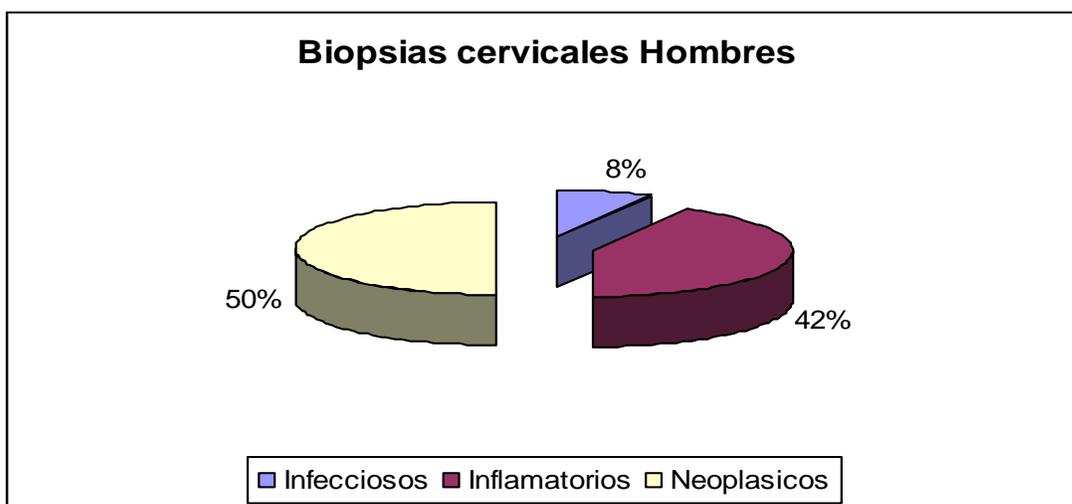
Una vez determinando el porcentaje de patología general y su predominio, ahora el lugar de presentación nos dará una información extra para determinar donde es más frecuente y la localización más precisa de estas enfermedades, así tendremos que en las biopsias cervicales hubo un predominio por las enfermedades inflamatorias no infecciosas con un total de 29 (55%), seguida de las neoplasias 19 (36%) y por último las infecciosas solo 5 (9%), esquematizado en la tabla y grafica 9.

Tabla 9. Biopsias Cervicales	Clasificación de acuerdo a enfermedad.	
	INFECCIOSO	5
	INFLAMATORIO	29
	NEOPLASIA	19



De ese total si clasificamos a cada enfermedad de acuerdo al género tendremos que las biopsias cervicales en hombres predominaron las enfermedades neoplásicas con un 50%, esto es 13 pacientes, seguidas de las inflamatorias no infecciosas con 42% 11 pacientes y por último las infecciosas con solo 8% 2 pacientes muy bajo (Tabla 10).

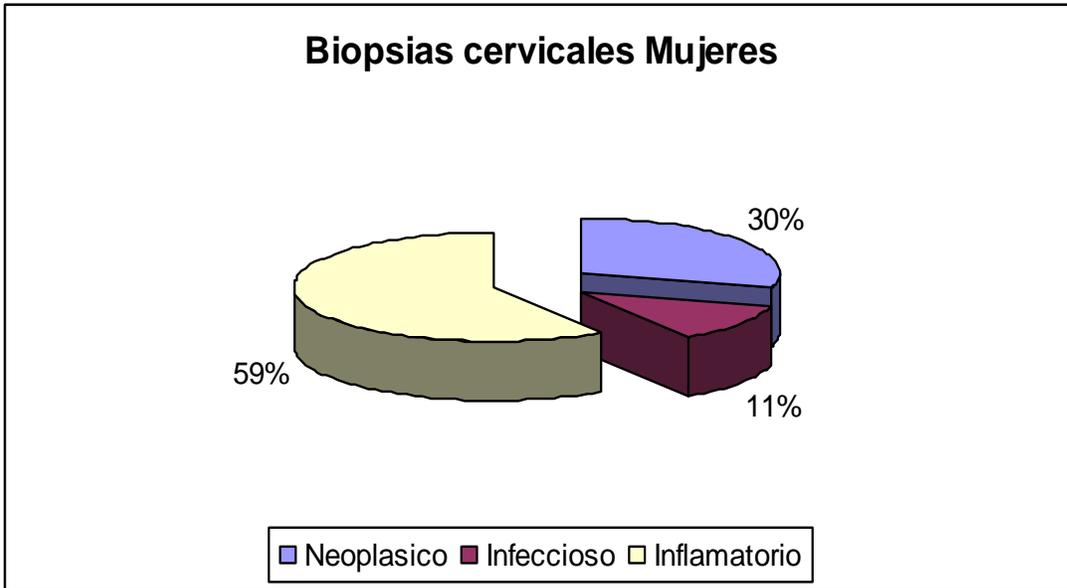
<b>Tabla 10. Biopsias Cervicales Hombres</b>	
Infecciosos	2
Inflamatorios	11
Neoplásicos	13



Por otro lado observamos que en las biopsias cervicales practicadas a mujeres, la patología predominante en comparación a los hombres fueron las enfermedades inflamatorias no infecciosas con un 59% con un total de 16 pacientes; mucho más alto, seguido de las neoplasias con un 30% en 8 pacientes y por último las infecciones con apenas un 11% representado por 3 pacientes (Tabla 11).

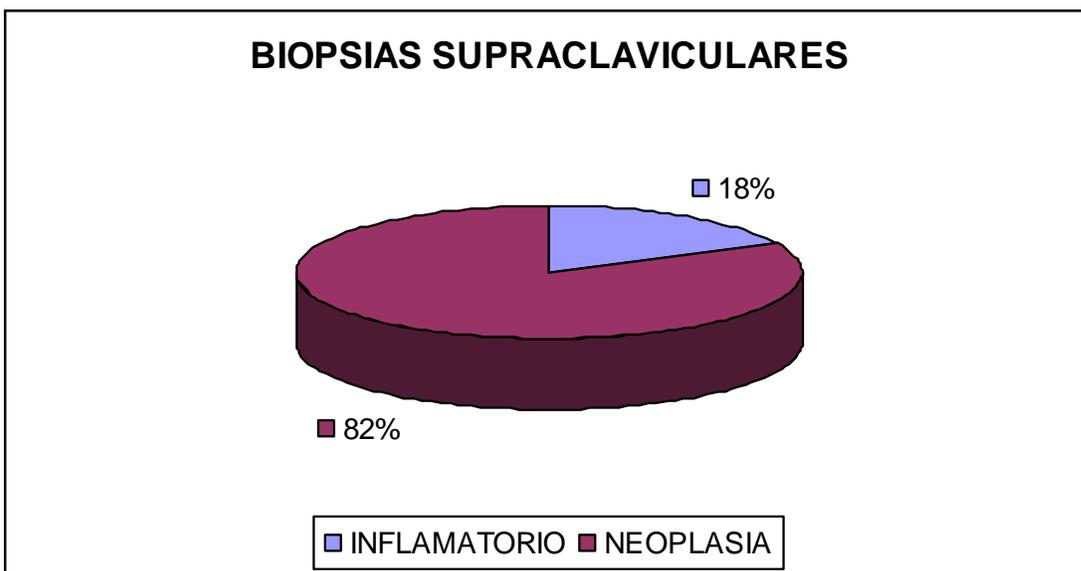
De tal forma que las enfermedades neoplásicas tienen mayor incidencia en el sexo masculino y las enfermedades inflamatorias son más comunes en el sexo femenino; o por lo menos en este grupo de estudio así está descrito.

<b>Tabla 11. Biopsias Cervicales Mujeres</b>	
Neoplásico	8
Infeccioso	3
Inflamatorio	16



Teniendo la consideración de que en las biopsias cervicales *per se* no se toman en cuenta las realizadas en región supraclavicular entonces; en dicha área encontraremos los siguientes datos: Tuvimos un total de 11 biopsias realizadas, de las cuales únicamente observamos procesos neoplásicos en el mayor de los casos con un total de nueve pacientes (82%), completando la muestra las enfermedades inflamatorias no infecciosas con 2 pacientes únicamente (18%) Tabla 12; no observándose procesos infecciosos relacionados al área de estudio.

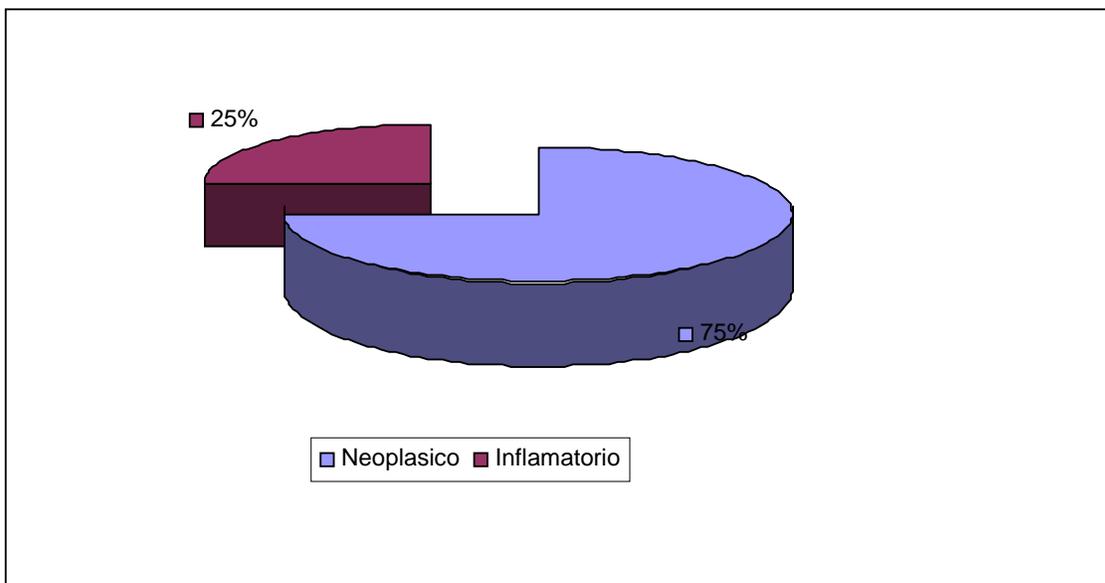
Tabla 12. Biopsias supraclaviculares	
INFLAMATORIO	2
NEOPLASIA	9



Una vez realizada la distribución por genero, observamos que las enfermedades neoplásicas son las más frecuentes en mujeres y hombres (Tablas 13, 14) con un total de 6 pacientes (75%) y prácticamente todos los pacientes 3 (100%) respectivamente; siendo en estos últimos la única causa de adenopatías supraclaviculares, mientras que en las mujeres encontraremos enfermedades inflamatorias no infecciosas en menor grado solo en 2 pacientes (25%).

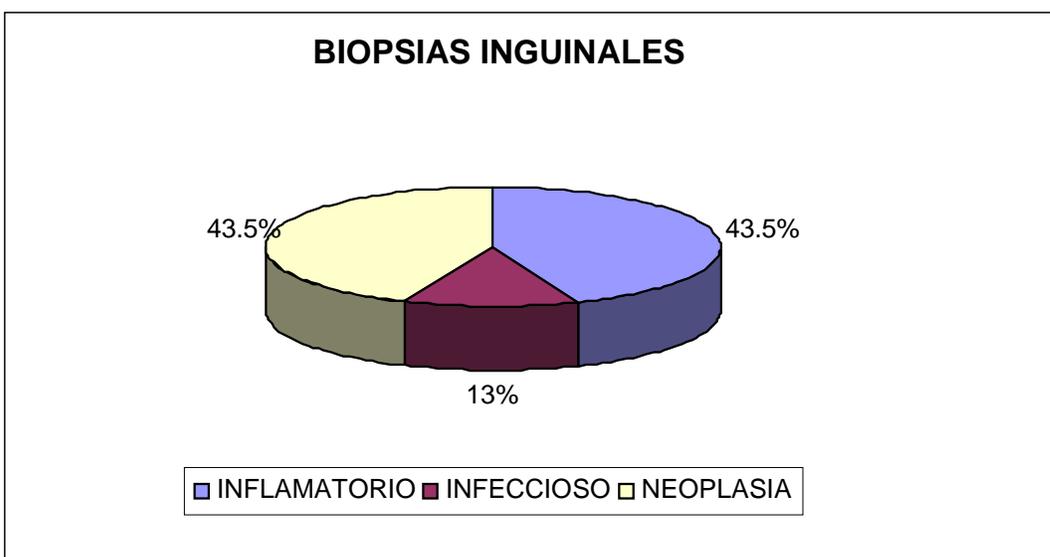
<b>Tabla 13. Biopsia supraclavicular Mujeres</b>	
Neoplásico	6
Inflamatorio	2

<b>Tabla 14. Biopsia supraclavicular Hombres</b>	
Infecciosos	0
Inflamatorios	0
Neoplásicos	3



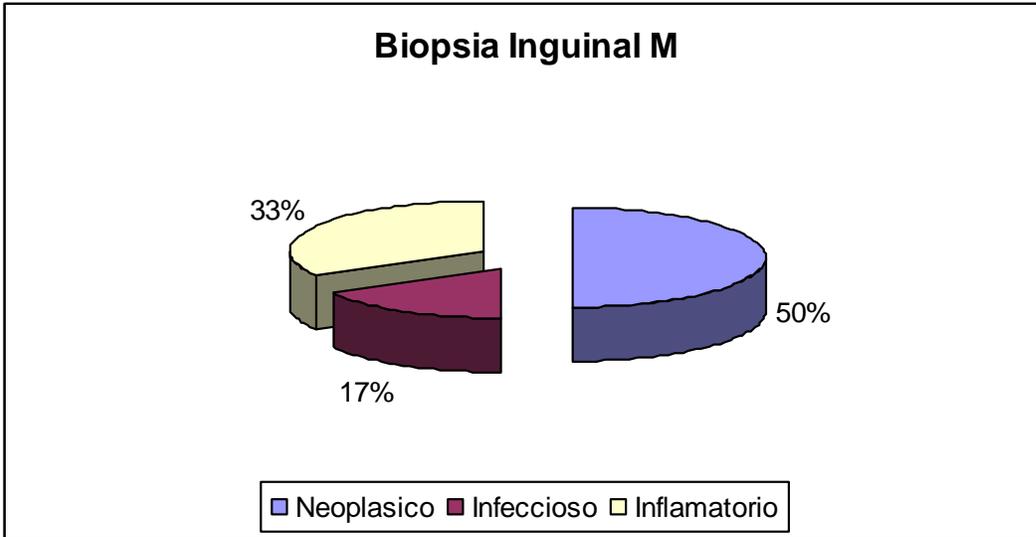
Tomando en cuenta que en la literatura se comenta que las adenopatías inguinales son pocas y de haber crecimiento de alguna en un periodo corto de tiempo siempre es recomendable realizar biopsia; en nuestro estudio encontramos un total de 16 adenopatías, con una distribución por igual entre neoplasias (7) y las enfermedades inflamatorias (7), esto es un 43.5 % por igual; como es de esperarse y hemos observado los procesos infecciosos son menos comunes con tan solo 2 pacientes (13%) Tabla 15.

<b>Tabla 15. Biopsias inguinales</b>	
INFLAMATORIO	7
INFECCIOSO	2
NEOPLASIA	7



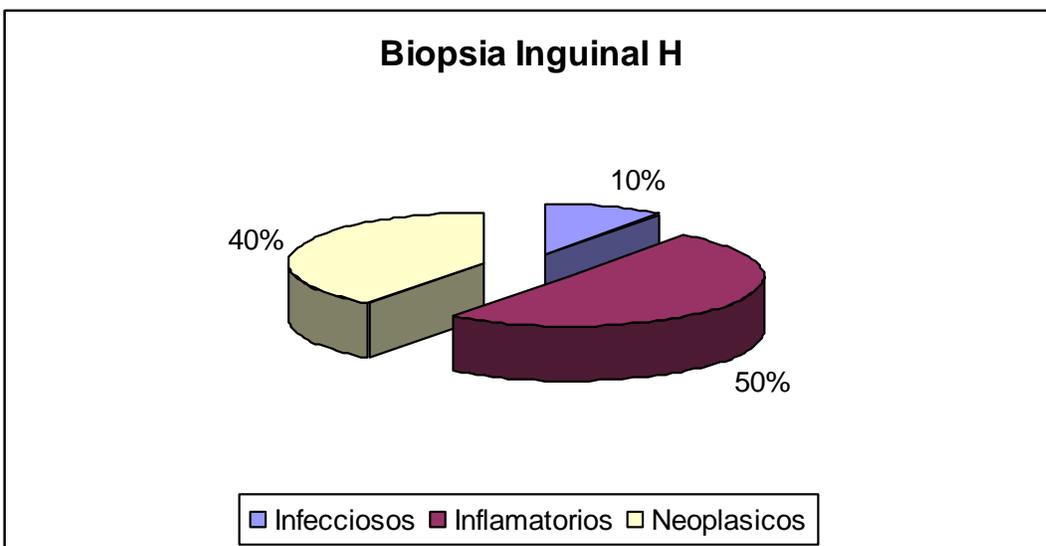
De acuerdo a la clasificación anterior, si hacemos una distribución por genero, encontramos que en las biopsias realizadas en mujeres en esta área predominan las neoplasias con 3 pacientes (50%), seguidas por las enfermedades inflamatorias no infecciosas con 2 pacientes (33%) y por ultimo las infecciones con 1 pacientes (17%) Tabla 16.

<b>Tabla 16. Biopsias Inguinal Mujeres</b>	
Neoplásico	3
Infeccioso	1
Inflamatorio	2



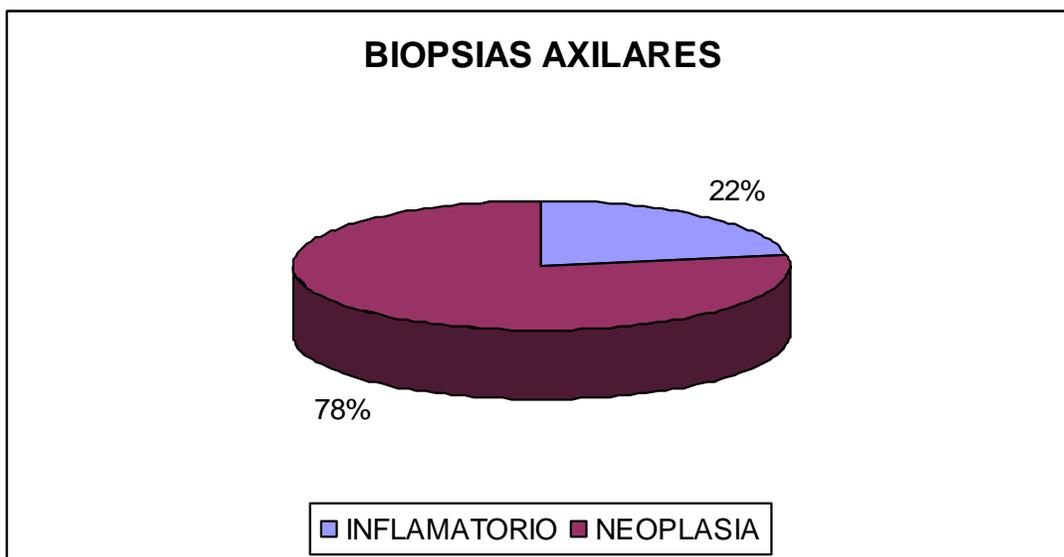
Situación contrario lo que sucede con los hombres, además de tener un mayor número de adenopatías inguinales, el predominio es para las enfermedades inflamatorias no infecciosas con un total del 50%, esto es 5 pacientes; seguido muy de cerca por la neoplasias con un 40% 4 pacientes y solo un 10% para las infecciones con 1 paciente tabla y grafica 17

Tabla 17. Biopsias Inguinal Hombres	
Infecciosos	1
Inflamatorios	5
Neoplásicos	4



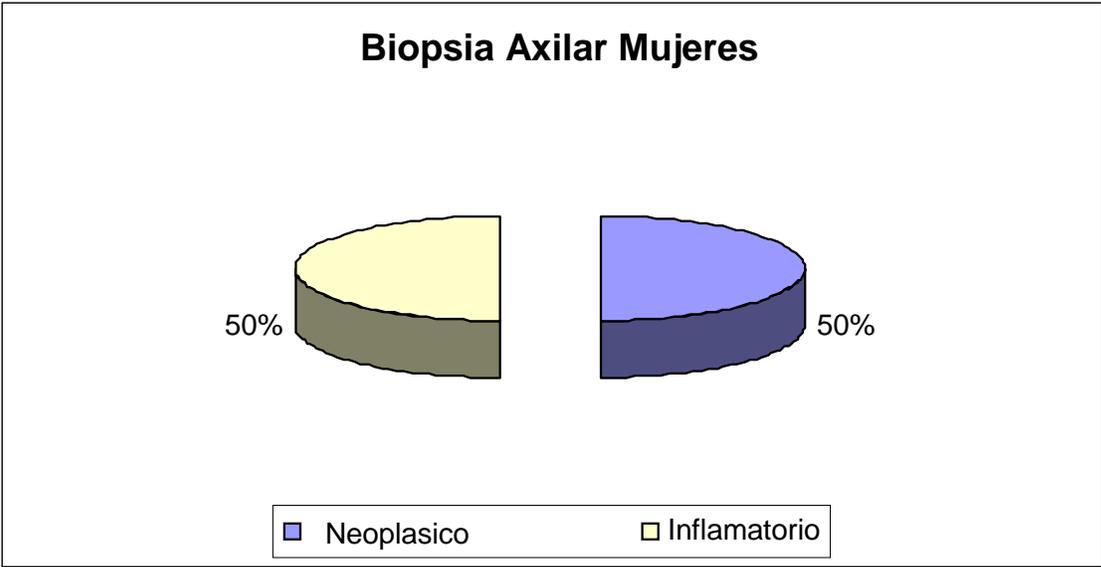
Por último tenemos a las biopsias axilares mismas que son en menor número en general en el grupo de pacientes estudiados, de hecho la literatura comenta que este tipo de adenopatías es de manera común en pacientes con patología de mama e inclusive melanomas. Teniendo en cuenta esto y que nuestro grupo de estudio incluye ambos sexos, es relevante comentar que hubo una mayoría de biopsias en pacientes del sexo masculino y que no se observaron enfermedades infecciosas en ninguna de las dos series, de hecho las neoplasias fueron predominantes con un 88% en 7 pacientes, en relación a las enfermedades inflamatorias no infecciosas donde encontramos un 22% con tan solo 2 pacientes Tabla 18.

<b>Tabla 18. Biopsias axilares.</b>	
INFLAMATORIO	2
NEOPLASIA	7



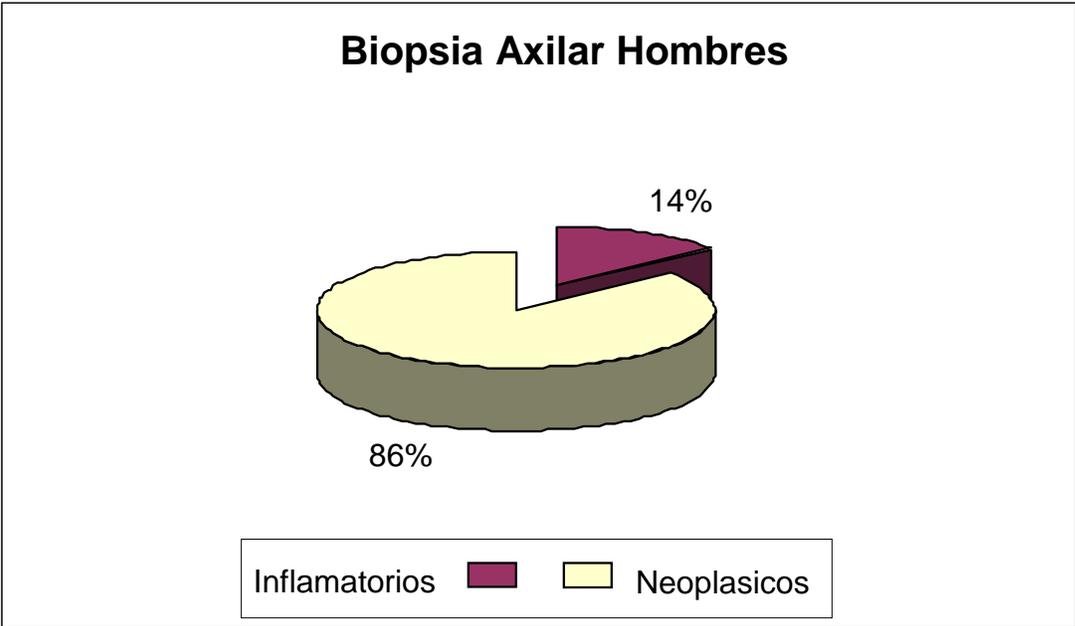
Haciendo una clasificación de igual manera que en las otras áreas por genero, veremos que las neoplasias y las enfermedades inflamatorias en las mujeres se encuentran en igual proporción 50% y 50% Tabla 19.

<b>Tabla 19. Biopsia axilar Mujeres</b>	
Neoplásico	1
Inflamatorio	1



No sucede lo mismo en los pacientes masculinos donde la proporción de patologías neoplásicas es predominante observándose en el 86%, es decir 6 pacientes y las enfermedades inflamatorias solo un 14%, con tan solo 1 paciente; tabla 20.

Tabla 20. Biopsia axilar Hombres	
Inflamatorios	1
Neoplásicos	6



## DISCUSION

Tomando en cuenta que en las diferentes revisiones y en la literatura misma la linfadenopatía es común y afecta a cualquier grupo de edad; nos dimos a la tarea de realizar de manera sistemática en pacientes seleccionados la realización de biopsia de ganglio linfático periférico a fin de determinar la etiología y de alguna manera determinar la utilidad y/o asociación con un diagnóstico, a fin de aportar información precisa para una conclusión y/o presunción diagnóstica dentro de nuestra población de estudio, siendo un hospital de referencia y alta especialidad.

Como ya se ha comentado en diferentes revisiones y en el mismo estudio, las linfadenopatías clasificadas por grupo de edad pueden determinar ciertas patologías. En el estudio realizado por *Rodrigo Iglesias y Cols*, se encontró que en la mayoría de los tumores sólidos el compromiso ganglionar neoplásico regional es el principal factor pronóstico en ausencia de enfermedad a distancia <sup>(7)</sup>; en nuestro estudio se incluyeron a pacientes adultos, es decir mayores de 18 años; observando que la mayor incidencia de masas linfoides se presentó en mayores de 50 años con una relación H-M (1-1), expresado porcentualmente se observó en hombres en un 51% y en mujeres 49%; prácticamente sin diferencia, teniendo en cuenta que se excluyeron patologías ginecológicas bien definidas. Es así que se determinó la edad media siendo de  $49.1 \pm SD 17.95$  años. En el estudio realizado por *Pineda K y Cols*, sobre la importancia clínica de la evaluación en los pacientes con adenopatías, para determinar cuáles ganglios tienen probabilidad de asociación a procesos benignos y las condiciones limitantes en donde indican malignidad u otras condiciones serias que requieran de un tratamiento específico <sup>(3)</sup>.

La localización de la linfadenopatía en muchas ocasiones es un dato importante para sospechar las patologías que afectan a los ganglios linfáticos. *Gordner y cols* comentan la alta incidencia de procesos malignos a nivel cervical hasta del 49% <sup>(13)</sup>. En nuestro estudio se observó que el lugar de presentación o el sitio más frecuente de localización serán predominantemente en región cervical e inguinal aunque hay una preponderancia de compromiso cervical en todos los procesos; es decir hasta en un 60% en comparación con las demás áreas, en donde hubo una incidencia significativamente menor, es decir que la región supraclavicular en un 12%, la inguinal en un 18% y la axilar en un 10%; aunque las patologías malignas como los linfomas y metástasis se pueden encontrar en todas las regiones y de igual manera de acuerdo al sexo hay predominancia de las mismas lesiones malignas; en cambio los procesos reactivos se expresan preferentemente en proporciones muy similares en los grupos cervical e inguinal (55% vs 43%), de igual forma en la misma revisión de *Gordner y Cols* se observó una preponderancia de compromiso cervical en todos los procesos; aunque las patologías malignas como los linfomas y metástasis asientan muy variadas regiones, los procesos reactivos se expresan preferentemente en proporciones muy similares en los grupos cervical e inguinal <sup>(13)</sup>, situación que coincide con la bibliografía revisada y las guías internacionales.

Si bien los síntomas o signos agregados pueden ser factor determinante dentro del marco teórico para el diagnóstico de certeza, observamos que la fiebre no era una constante importante ya que se encontró una baja presencia dentro del grupo de estudio, con apenas

el 45% de todos los pacientes; Aunque el estudio realizado por *Roca-Campaña V y cols*, toma en cuenta la fiebre como principal signo de presentación de linfomas y la posible asociación con adenopatías (6); no así la pérdida de peso, siendo al parecer un factor preponderante en la evolución de la enfermedad, observando que esta si tuvo relevancia clínica, reportándose hasta en un 60% de la población estudiada, si comparamos este resultado hacia el diagnostico final observaremos que tanto las neoplasias como las enfermedades inflamatorias no infecciosas predominan en el diagnostico final, lo cual es relevante con la pérdida de peso en ambas patologías, no así en las infecciones que pudieran tener más relación con la fiebre. En relación a esta situación *Habermann T y cols* dentro de su revisión toma en cuenta cualquier signo o sintoma agregado, para determinar cuales ganglios tienen probabilidad de asociación a procesos benignos y las condiciones limitantes en donde indican malignidad u otras condiciones serias que requieran de un tratamiento específico <sup>(5)</sup>. En nuestra población estudiada se pretende abarcar principalmente diagnostico nosológico de neoplasias, de tal forma que la pérdida de peso si es una constante, es por eso que aun y cuando la fiebre se considere dentro del marco clínico no es una constante y no se toma en cuenta; sin embargo en poblaciones distintas, es decir adolescentes y niños si es de gran importancia.

Haciendo una revisión de la presencia de linfadenopatía por región y sexo, encontramos que las masas cervicales respecto a la distribución tiene un gran diferencia (60%) en relación a los demás sitios de presentación; las revisiones de *Pineda Daboin y cols*, y de *Viruette-Pontigo D y cols*, corrobora que los linfomas Hodgkin y no Hodgkin generalmente son primarios y afectan sobre todo a los ganglios linfáticos que se localizan en la región cervical <sup>(3),(9)</sup>; en comparación a nuestro estudio y tomando en cuenta solo el tipo de afección encontramos que las neoplasias son la forma más típica de presentación y de predominio en los varones; Cervical (50%) Supraclavicular (100%) y Axilar (86%), de igual forma que se comenta en la revisión realizada por *De Miguel F y cols*; no así en la región inguinal donde obtuvo solo el 40%, predominando las enfermedades inflamatorias no infecciosas con el 50%, situación que no se relaciona con la bibliografía ya que las adenopatías inguinales no son comunes o se reportan muy poco. En cambio las enfermedades inflamatorias sistémicas predominan en las mujeres, aunque solo en dos regiones Cervical (59%) y axilar (50%), el resto hay predominio de las neoplasias, supraclavicular (75%) e inguinal (50%). Mientras la incidencia de infecciones es de manera similar en su presentación de ambos sexos. Esta situación se presento solamente en dos regiones; cervical e inguinal y, para ambos casos el porcentaje mas alto fue para el sexo femenino, así tenemos que en los ganglios cervicales fue del 17% vs 10% y en los ganglios inguinales fue del 11% vs 8%. Habrá que mencionar que la patología infecciosa por excelencia en tuberculosis, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura, como es reportado en el estudio realizado por *Gorodner O y cols*, en donde se comenta que la TB ganglionar es hasta 80% más frecuente en este sitio cuando se presenta extra pulmonarmente <sup>(13)</sup>. Por otro lado, se observo que en las linfadenopatía supraclaviculares las mujeres tienen predilección por las neoplasias a pesar de tener presencia importante de las enfermedades inflamatorias sistémicas, (75% vs 25%) mientras que en los hombres sigue siendo las neoplasias la forma mas común de presentación (100%).

Así en las biopsia inguinales encontraremos una distribución similar, es decir tanto en hombres como mujeres las neoplasias fueron las mas encontradas (50% ambas) seguida

muy de cerca de las enfermedades inflamatorias no infecciosas, 40 y 33% respectivamente y solo en un menor porcentaje a las infecciones 10% y 17%, por lo cual podremos determinar que sigue siendo primordial la realización de biopsias inguinales una vez que se detectan por la alta incidencia de patologías malignas.

Por último y no menos importante encontramos que en las biopsias axilares la distribución por sexo fue primordialmente en varones, prácticamente en un 80% y observando una alta prevalencia de patologías malignas como resultado final; en comparación con los estudios reportados en donde además de haber más patología maligna de mama; lo cual no compete a nuestro servicio, se encuentra alta incidencia de melanomas como vemos reportado en el estudio realizado por *Iribarren O y cols*,<sup>(11)</sup> En esta región no se encontró patología infecciosa y solo inflamación sistémica mínima tanto en hombres como en mujeres, como se comentó dejando patologías ginecológicas excluidas de nuestro estudio.

Lo relevante del estudio en sí es que encontramos cada vez más linfadenopatías en regiones diferentes a pesar de que la presencia de masas linfáticas cervicales sigue siendo aun la presentación principal y clásica; principalmente las patologías malignas y dentro de estas los linfomas tienen una alta incidencia; sin embargo se ha encontrado que hay un incremento de estas masas linfáticas a nivel inguinal en relación a estudios previos, siendo de gran importancia ya que la mayoría de estas linfadenopatías es de origen maligno, tal vez por el incremento en las neoplasias abdomino-pélvicas. Por lo anterior es de importancia clínica la realización de biopsia excisional de adenopatías inguinales una vez que están se presentan, siempre y cuando se excluyan patologías infecciosas regionales y exista correlación con los síntomas y/o signos presentes. También podemos corroborar que existe una alta incidencia de patología sistémica inflamatoria no infecciosa y que la podemos encontrar a cualquier nivel mayormente a pacientes de género femenino, teniendo asociación con la gran incidencia de patologías autoinmunes relacionadas con estos procesos inflamatorios y con el género reportado; sin olvidar que algunas reacciones inflamatorias son por procesos infecciosos reactivos no manifestando como tal la enfermedad en el ganglio. Igualmente se determina que la patología infecciosa por excelencia encontrada en ganglios linfáticos es tuberculosis extrapulmonar, corroborando lo reportado en la literatura como causa mayor de infecciones de difícil diagnóstico y su asociación con síntomas sistémicos.

## CONCLUSIONES

- Se encontró que la relación entre sexos es la misma, corroborándose que la edad de presentación de la linfadenopatía es con mayor frecuencia a los 50 años y más.
- Se observó que las neoplasias tuvieron una alta incidencia en todas las regiones seleccionadas.
- Encontramos que la neoplasia con mayor índice de presentación fue de tipo hematológico, principalmente LNH.
- La presencia de fiebre no siempre es un factor pronóstico de enfermedad, sin embargo la pérdida de peso puede tener mayor relevancia en el diagnóstico final.
- En nuestra población la presencia de linfadenopatía axilar se relacionó en un 90% con neoplasia.
- Se tendrá que realizar un estudio prospectivo a más largo plazo con la finalidad de establecer mayores criterios de selección y abrir las puertas de posibilidades diagnósticas de acuerdo a su localización, en nuestra población.

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Majluf A, Pérez-Ramírez O. *Hematología Básica. Capítulo: Pacientes con adenopatías.* Garmarte Editorial México 1ra Ed. 2006.
2. Kasper H, Braunwald L, Fauci J. *Harrison Principios de Medicina Interna. Capítulo: Tumefacción de los ganglios linfáticos y el bazo* McGraw Hill México 16ª Ed 2006.
3. Pineda K, Rosas M, Rosas A. *Biopsia de ganglio linfático: indicaciones, tipos, procesamiento e interpretación.* Patología 2008; 46 :33-43
4. Martinez N, Mercant S, Echegaray S, Gallego M. *Diagnóstico diferencial de las masas cervicales.* Semergen 2002; 24: 926-930.
5. Habermann T, Steensma D. *Lymphadenopathy.* Mayo Clinic Proceedings 2000; 75: 723-732.
6. Roca-Campañá V, Rodríguez-Silva H. *Fiebre de origen desconocido. Forma de presentación de los linfomas malignos* Ann. Med. Interna 2007; 24: 1-8
7. Iglesias R, Sandoval R, Schwartz R. *Análisis histopatológico del ganglio centinela.* Rev. Chilena de Cirugía. 2002; 54: 380-383

8. Vercelli-Retta J. *La biopsia de ganglio linfático. Generalidades de interés clínico quirúrgico.* Rev. Med Uruguay 1988; 4: 195-200.
9. Viruette-Pontigo D, Olivares-Montano A, Alonso P, Romero-Guadarrama M. *Evaluación de la certeza diagnóstica de la biopsia por aspiración con aguja fina del ganglio linfático.* Rev med del Hospital General de México. 2006; 69 : 131 – 137.
10. De Miguel F, Ortiz M, Llorente E, Maltrana J. *Revisión del protocolo diagnóstico de las adenopatías metastásicas cervicales con tumor primario desconocido.* O.R.L. ARAGON 2004; 7: 5-8.
11. Iribarren O, Madariaga J, González S. *Diagnóstico precoz de metástasis de melanoma mediante biopsia de linfonodo centinela.* Cuad. Cir. 2007; 21: 11-16
12. Delgado C, Aliaga F, Obregón L, Ciriani B Valdivia L. *Adenopatías cervicales metastásicas de foco primario desconocido.* Dermatol. 1997; 7 :75-8
13. Gorodner O, Romero S, Céspedes M, Lloréis L, et al. *Incidencia de patologías en biopsia ganglionares linfáticas. Servicio de Patología y Citodiagnóstico del Hospital Dr. J. R. Vidal de la Ciudad de Corrientes Capital – Argentina (Tesis para obtener el título de especialista en Patología Clínica)* Sargento Cabral Argentina. 2001; 4: 1-4

ANEXOS.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. ANTONIO FRAGA MOURET"  
MEDICINA INTERNA

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**I - DATOS GENERALES:**

**Nombre:**

**NSS:**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Enfermedades previas:** si  no  **Cual:**

**Fiebre prolongada:** **tiempo:**

**Perdida peso involuntario:** **cuanto:** **tiempo:**

**Otras manifestaciones:**

**II-LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:**

**Cervical:** \_\_\_\_\_

**Supraclavicular:** \_\_\_\_\_

**Axilar:** \_\_\_\_\_

**Inguinal:** \_\_\_\_\_

**Otros:** \_\_\_\_\_

**III- DATOS PATOLÓGICOS:**

**Diagnóstico Histopatológico:** \_\_\_\_\_

**TABLA 1**  
**CAUSAS DE ADENOPATIAS**

**1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**

- Virales- Sx mononucleosicos ( VEB, CMV), hepatitis, Virus Herpes simples, Virus V-Z, rubéola, Sarampión, Adenovirus, HIV, queratoconjuntivitis epidémica, vacuna
- Bacterianas. Estreptococo, Estafilococo, enfermedad por arañazo de gato, brucelosis, taluremia, chancroide, tuberculosis, micobacteriosis atípica, sífilis primaria y secundaria, lepra.
- Micóticas-Histoplasmosis, coccidiodomicosis
- Chlamydias- Linfgranuloma venéreo.
- Parásitos-Toxoplasmosis, Leishmaniasis, tripanosomiasis, Filiriasis  
Rickettsias-Tifus.

**2. Enfermedades inmunológicas**

- Artritis reumatoide
- Artritis reumatoide juvenil
- Enfermedad mixta del tejido conectivo
- Lupus eritematoso sistémico
- Dermatomiositis
- Enfermedad del suero
- Síndrome Sjôgren
- Hipersensibilidad a fármacos
- CBP
- IECH

**3. Enfermedades Malignas**

- Hematológicas  
Linfadenopatías angioinmunoblastico, Enfermedad de Hodgkin, Linfoma No Hodgkin, Leucemia aguda o crónica, histiocitosis maligna, leucemia de células peludas. Metastásicas

**4. Enfermedades por deposito de lípidos:** Enf. de Gaucher, Nieckman-Pick, Fabry, Tangier

**5. Enfermedades endocrinas:** Hipotiroidismo

**6. Otras**

- Enfermedad de Castleman (hiperplasia ganglionar gigante)
- Sarcoidosis
- Linfadenitis dermopática
- Granulomatosis linfoide
- Enfermedad de Kikuchi
- Enfermedad de Kawasaki
- Histiocitosis de células de Langerhans
- Fiebre mediterránea familiar
- Hipertrigliceridemia grave
- Amiloidosis

Pseudotumor inflamatorio de los ganglios